

Primer eje

Problemas y grupos vulnerables

Los pacientes border. Una producción social de vulnerabilidades

ELBA NOEMÍ GÓMEZ GÓMEZ
SOFÍA CERVANTES RODRÍGUEZ

Tal como el histérico era el paciente típico del tiempo de Freud, el borderline es el paciente de nuestro tiempo... el prototipo mítico del paciente de nuestro tiempo no es más Edipo, sino Hamlet.

ANDRÉ GREEN (1996, p.88).

La sociedad contemporánea y el mundo globalizado y neoliberal han traído consecuencias en la esfera íntima de la existencia humana. Diversos autores vaticinaron en los años noventa del siglo XX que este maridaje produciría incertidumbre, desprotección e inseguridad. Beck (1998) le llamó “una sociedad de riesgos”, en tanto Bauman (2003) habló de “una sociedad líquida”, y Katzman (2001) anunció que la paradoja social sería la “seducción y el abandono”.

Una sociedad productora de vulnerabilidades, subjetividades fracturadas, personas con poca contención y tolerancia a la frustración, y con un desdén por la interioridad; donde los llamados pacientes *border* editan su existencia, entre el consumo y la soledad. Cada vez son más los adolescentes y jóvenes que hablan del vacío, la soledad, la ansiedad, la angustia o el sufrimiento que se viven en privado, en el aislamiento.

La presente propuesta pretende caracterizar a los pacientes *border*, “fronterizos”, “límitrofes” o “con patologías de acción”, para dar cuenta de ellos y ellas como productos sociales, más allá de la mirada patologizante. Esta caracterización se llevará a cabo desde un diálogo interdisciplinar y una perspectiva sociocultural, a partir de una somera revisión de los distintos abordajes en torno al paciente *border*.

Desde una mirada compleja, con el apoyo de un caso clínico, pretendemos profundizar en las estructuras que se encuentran en esas fronteras, entender a los pacientes que padecen serios vacíos a nivel psíquico y, desde ahí, perfilar algunas reflexiones sobre la atención psicoterapéutica.

Muchos han sido los esfuerzos por tratar de comprender y buscar alternativas frente a las personas *border*: que no son neuróticas ni psicóticas, pero que, al mismo tiempo, son las dos cosas, y hacen todo lo posible por acercarse a la “normalidad”. Sin embargo, el temor por el asalto de la escisión es permanente, pues, como sucede a Rosario, se ve obligada a estar atenta a “los ruidos”, a vivir en estado de “alerta, como cuidando algo que no sabe qué es”, con un miedo constante que a veces toma la cara de que “alguien le robe”.

La metodología utilizada aquí fue la de un estudio de caso clínico, donde se analizaron trece sesiones psicoterapéuticas de Rosario, que fueron grabadas y transcritas. De ahí, se elaboraron cinco categorías de análisis que, de cierta manera, caracterizan a un paciente *border*, desde la evidencia, no solo de un manual diagnóstico. El nombre de Rosario es un seudónimo, pero la paciente firmó un consentimiento para el uso de su información. A continuación, nombramos las categorías desarrolladas en el apartado del caso:

1. No me quiero morir. Solo estoy cansada.
2. La huida. Vicisitudes frente a la angustia.
3. Un cuerpo que habla. La descarga defensiva.
4. Sin contención emocional. Sin escudo protector.
5. En búsqueda del objeto amoroso: entre la idealidad que cobija y la repetición.

Asimismo, el texto está conformado por cuatro apartados:

- Un breve recuento. La literatura existente.
- Sociedad de riesgo. Subjetividades fronterizas, limítrofes, vulneradas.
- El caso Rosario. Una vida en los riesgos.
- Conclusiones.

UN BREVE RECuento. LA LITERATURA EXISTENTE

Con base en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5) (APA, 2014), se define lo *border* desde la noción de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). A pesar de que en inglés se le nombra “Borderline Personality Disorder” (Trastorno *Borderline* de la Personalidad), en castellano se le traduce como “Trastorno de la Personalidad Límite” (APA, 2014, p.665), aunque se le sigue reconociendo como TLP. El nombre mantiene una herencia psicoanalítica, ya que fue publicado por primera vez en 1938 por Stern (citado en González et al., 2006) al referirse a la línea fronteriza entre la neurosis y la psicosis.

En 1980, el TLP se incluyó por primera vez como una entidad diagnóstica en el DSM-3, y, a pesar de los cambios en sus dos ediciones posteriores, su ubicación se ha mantenido como un Trastorno de la Personalidad, pero también se le nombra de diversas maneras, las más frecuentes: Fronterizo, Limítrofes, Patologías de acción, entre muchos otros. Lo cierto es que, hoy en día, sigue siendo una entidad huidiza, confusa y polivalente.

Para Camarena y Herrera (2023, p.146), el modelo más aceptado es aquel que considera al TLP como un trastorno del desarrollo, resultado de una relación transaccional entre la vulnerabilidad constitucional del individuo y la irrupción de estresores psicosociales en periodos de mayor riesgo (infancia y adolescencia) durante el proceso madurativo (Grosjean y Tsai, 2007). En este enfoque se sitúan los modelos biosociales (Linehan, 1993) y el de la mentalización (Bateman y Fonagy, 2010).

El padecimiento es complejo, con características propias que tienden a ocultarse en otros cuadros, por lo que su diagnóstico es difícil. No obstante, Salvatierra-Aguilar y Montes-Iturrizaga (2021) afirman que, de entre todos los trastornos de la personalidad, el TLP es el que presenta mayor prevalencia. Así también, debido a que de forma prematura los pacientes abandonan cualquier tratamiento, y es escaso el seguimiento que corrobore o descarte su condición, priva todavía un amplio margen de incertidumbre al respecto.

Pérez et al. (2017, p.1) corroboran que el TLP es una entidad nosográfica confusa y difícil de tratar desde el punto de vista psicoterapéutico, por lo que en años recientes se ha convertido en un campo de investigación y trabajo clínico que suscita gran interés. Es considerado uno de los

trastornos de la personalidad con notable similitud con el de personalidad antisocial y narcisista, ubicados en el *cluster* B, según el DSM-5 (APA, 2014), que tienen como característica central ser individuos demasiado dramáticos, inestables en lo emocional y erráticos. Desde este marco, el TLP, con sus respectivos matices, mantiene constantes cuatro características: la inestabilidad en las relaciones interpersonales, las alteraciones de la autoimagen, la inestabilidad e intensidad emocional y las alteraciones en la identidad (Cisneros y Carvajal, 2020; Font, 2019; Newton–Howes et al., 2021; Helle et al., 2019; Helmich et al., 2018; Pacheco, 2018). Uno de los rubros en donde existe más consenso es el referente a la impulsividad, que Macías et al. (2022) acota en tres problemas de conducta: impulsivas, suicidas y autolesivas.

En el diversificado horizonte de las personas *border* resalta la turbulencia en su mundo emocional, y, si bien la impulsividad es un factor común, es concebida por diversos autores como una consecuencia de problemáticas ligadas a lo emocional, la relación interpersonal y la valoración de sí mismo (Helmich et al., 2018; Akiskal, 1994; Belloch, 2012).

En los procesos psicoterapéuticos de las personas *border*, muchas veces se ahonda poco en los matices del mundo relacional, en particular cuando se ponen adjetivos como seres intensos, inestables, turbulentos y caóticos, lo que lleva al desdibujamiento e invisibilización del sujeto y de sus sufrimientos, esto es, de su subjetividad desde una mirada compleja. Sin embargo, esto no significa dejar de lado los episodios de ira incontrolable, el pobre control de impulsos, la inestabilidad emocional, las alteraciones en la identidad y la recurrencia a conductas suicidas que Newton–Howes et al. (2021) identifican en el TLP; es importante ampliar las comprensiones acerca de cómo se concatenan, en una persona en particular, su biografía, su historia, sus esfuerzos, sus dificultades y sus logros; es decir, dimensionar la complejidad de este padecimiento.

Entender que una caótica problemática emocional y relacional subyace en el TLP abre un amplio espectro para la comprensión del resquebrajamiento del sujeto y de las opciones pertinentes de acompañamiento psicoterapéutico.

Las características o los síntomas del TLP se concatenan y particularizan en cada persona según su contexto. Enlistar los síntomas y priorizar el diagnóstico, con el afán de entender y atender tal problemática, lleva el

riesgo de fragmentar, caer en reduccionismos y etiquetar; todo ello con la intención de controlar los síntomas y la dimensión conductual, que suele ser la punta del *iceberg* de una problemática psíquica nada sencilla.

El mundo emocional–relacional es un terreno por el que transita la psicoterapia, señalan Ávila–Espada (2020) y Linares y Soriano (2015), por lo que focalizar la emoción, sus manifestaciones, significados, aceptaciones y rechazos, expresiones, regulaciones y transformaciones, son una guía en el acompañamiento; pero, ha de tenerse el cuidado de no *emocionalizar* la labor, y dejar de lado el complejo entretejido que constituye al sujeto. Tal vez esta sea una de las consecuencias de la “deshumanización cada vez más pronunciada [...] actos de injusticia, desigualdad y debilitamiento de lazos sociales”, tan característicos de nuestros días, señalan Madonni et al. (2019, s/p).

Las posibilidades de la psicoterapia para quienes son aquejados por el TLP son variadas, y aunque a veces son difíciles de sistematizar, no por ello se agotan los esfuerzos, como atender la dimensión vincular de las personas *border*, lo que resulta imperioso; pues, si bien tienden a establecer “relaciones intensas y apasionadas [estas son] completamente carentes de vivencia interna”, como encuentran Matusevich et al. (2020, p.274). Otra arista es lo que Kernberg (1984) llama el trastorno de identidad, que aglutina un autoconcepto pobremente integrado de uno mismo y de los demás, la experiencia subjetiva de vacío crónico, así como la falta de coherencia del sentido de sí mismo y de otros significativos, entre otras problemáticas. Desde el psicoanálisis, Daurella (2018) enfatiza el papel de la transferencia y la contratransferencia:

[...] como propiedades emergentes dinámicamente de sistemas intersubjetivos, diádicos, no lineales y autoorganizadores [donde] no se trata de encontrar la interpretación transferencial exacta sino de facilitar interacciones óptimas para el progreso terapéutico del paciente, en un encuentro de dos subjetividades, cocreativo y lo más genuino posible (p.1).

Lo importante, dice Belloch (2002), es que, en el caso de los TLP, la psicoterapia vaya más allá de los criterios y las caracterizaciones diagnósticas (como las presentadas por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los*

Trastornos Mentales, en sus diferentes versiones), y transite a terapéuticas transdiagnósticas con el fin de ampliar las perspectivas psicoterapéuticas, “porque un sistema de categorías mutuamente excluyentes no permite considerar el sufrimiento humano como un todo” (p.298). En dicho manual, se enlistan alrededor de treinta características, de las que, cabe mencionar, ninguna es ajena a esta problemática. Sin embargo, la pregunta es: ¿qué significados subyacen a dicha clasificación?, y ¿qué con la biografía y los ámbitos de vida?

De ahí que el psicoterapeuta pueda echar mano de todos los recursos que pueda cuando de acompañar a una persona *border* se trata, ya que solo así ampliará el rango de posibilidades ante casos tan complejos. Belloch (2002) agrega que el énfasis en las diversas dimensiones de la situación de vida resulta más provechoso que guiarse por los signos de los trastornos mentales, pues “las psicopatologías no constituyen mundos aparte de la normalidad” (p.297).

Algunos síntomas y signos que parecen exclusivos de ciertos trastornos o condiciones psicopatológicas “pueden ser también experimentados por personas sin psicopatología alguna”, agrega Belloch (2002, p.298). Lo anterior pone en entredicho la eficacia de las divisiones diagnósticas y apunta a la consideración existencial de quien, al parecer, camina por la vida sin existencia propia; pero, cuando el terapeuta afina la mirada gracias a una visión transdiagnóstica que va más allá de la categorización, alcanza a perfilarse la sombra que devela al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP); una visión centrada en el encuentro y la implicación personal del terapeuta, enmarcados en un desempeño profesional que se actualiza de manera constante, pues la vastedad del trastorno así lo demanda.

La literatura psicoanalítica en el tema *border* es vasta y variada. Se le ha llamado *border*, límite y fronterizo a esta estructura tan compleja que se niega a la simplificación o la mera descripción de una sintomatología. Desde la nosología es considerada como una entidad clínica confusa, y desde la psicoterapia como un malestar difícil de tratar (Cosentino et al., 2017).

Después de Freud, las perspectivas teóricas y los conceptos en el campo psicoanalítico, aunque no apuntan a una conceptualización clara y precisa de lo *border*, dan cuenta de su complejidad. Cosentino et al. (2017) realizan un recorrido histórico del TLP que, a pesar de estar basado en un modelo ecléctico–descriptivo, no debe comprenderse sin su herencia

psicoanalítica, en donde resaltan los aportes de Helene Deutsch, Melanie Klein, Donald Winnicott, André Green, Jean Bergeret y Otto Kernberg.

Deutsch (1968), quien fue pionera en el acercamiento a lo límite, con trabajos que abordaban lo “pre-psicótico”, fue la primera en describir la existencia de un tipo de personalidad “como si”, que se trata de sujetos que, bajo apariencia de normalidad, presentan una falta de autenticidad en sus relaciones, derivada de serias distorsiones en la interiorización, de relaciones de objeto precoces por su escasa profundidad emocional.

Asimismo, Adler (1985, en Fossa, 2009) tiene una comprensión del TLP basada en el modelo del déficit o “insuficiencia”. Según este autor, el maternaje inconsciente y no confiable causa el fracaso del paciente *borderline* en la búsqueda de desarrollar un objeto interno sostenedor–tranquilizador. La falta de este objeto genera sentimientos de vacío y tendencias depresivas, lo cual deriva en la dependencia aferradora tan común en los pacientes limítrofes. En cambio, Allen y Fonagy (1994) proponen la etiopatogenia de lo *border* en las dificultades en el desarrollo de la función reflexiva o mentalización; es decir, en la autocrítica que involucra el reconocimiento de uno mismo y las propias producciones.

Desde el psicoanálisis, se demanda al analista trabajar en la transferencia y el establecimiento de un vínculo fuerte, en donde coinciden la mayoría de las propuestas psicoterapéuticas. Lo anterior demanda una clínica creativa con capacidad de mirar desde la complejidad, a partir de lo metapsicológico. Fossa (2009), por su parte, considera importante la creación de nuevos abordajes y técnicas psicoterapéuticas para afrontar este cuadro psicopatológico de tan alta prevalencia y difícil pronóstico.

Para Lerner y Sternbach (2007, como se citó en Fossa, 2009), “la organización limítrofe de personalidad ha adquirido características por derecho propio, es una organización independiente (al igual que la organización neurótica y la organización psicótica). Se podría decir que ha adquirido ciudadanía propia” (p.49).

Frente a esta compleja problemática, la terapéutica también camina muchas veces dando tumbos. No queda claro cuáles son los factores eficientes más allá de un programa altamente estructurado (Bateman y Fonagy, 1999), que cuente con diversas herramientas y aproximaciones. Sigue siendo necesaria la reflexión, no solo respecto a la caracterización, el diagnóstico y el tratamiento, sino en torno a la cultura de cada momento,

familiar y social, que expulsa del bienestar a muchos y los obliga a realizar grandes esfuerzos con mínimas ganancias de pertenencia; y la psicoterapéutica y psiquiátrica que, no en pocos casos, ofrecen escasas comprensiones y casi nulas alternativas.

SOCIEDAD DE RIESGO. SUBJETIVIDADES FRONTERIZAS, LIMÍTROFES, VULNERADAS

En la década de los noventa del siglo pasado y el primer decenio del siglo actual, era común hablar de niños con problema de hiperactividad. En muchas escuelas, frente a ciertos comportamientos de niños y niñas en el salón de clases, proliferó la frase: “Su hijo es hiperactivo, dele Ritalín”. Para muchos educadores, psicólogos, sacerdotes, psiquiatras, orientadores o padres de familia, fue fácil diagnosticar a niños y adolescentes con la etiqueta de “la hiperactividad”, frente a la dificultad para acompañar, educar o entender.

Fueron niños, niñas y adolescentes en una época de cambios de paradigma en los estilos de crianza, la relación con la autoridad y los modelos educativos. Además, se pasó de una necesidad de “mayor estimulación temprana” a chicos con “hiperestimulación” por parte del ambiente, la cultura y la sociedad. Y, si bien se dio un aumento en el número de casos de Trastorno Deficitario de Atención e Hiperactividad (TDAH), no todos lo tenían ni eran candidatos al “Ritalin” u otros fármacos. La consideración de los daños colaterales que eso traería a estos niños en años posteriores brilló por su ausencia. Cuando la humanidad no entiende lo humano, sus expresiones son medicalizadas como una medida de control.

En la actualidad, para la sociedad, las instituciones, las figuras de autoridad, los educadores, y los y las que tienen como rol acompañar y contener, estas infancias y adolescencias “desafiantes de la autoridad” siguen siendo una preocupación, que “demandan actividad”, “buscan los riesgos”, “aparentemente escuchan poco”, niños “adelantados”, “hiperreactivos”, “atrevidos”, o que viven “ideando vagancias”.

Al igual que el fenómeno de los “niños hiperactivos” causó incertidumbre y respuestas generalizadas y reduccionistas por parte de la sociedad, hoy se observan problemáticas crecientes en niños, niñas, jóvenes y adolescentes, las cuales tienen que ver con el aumento en el consumo

de drogas, el acortamiento de la brecha de edad de inicio del consumo y la diversificación de sustancias. A esto se añade la pluralidad de nuevas adicciones, el incremento de trastornos alimenticios, las cifras disparadas de ideación, los intentos de suicidio y su consumación en personas cada vez más jóvenes; sin detenernos en el último evento que fue la pandemia por covid-19 y sus efectos en estas poblaciones.

En suma, hablamos de casos de niños, adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres —aunque se sabe más de los casos de las segundas— con síntomas de ansiedad, depresión, consumo, intento suicida, problemas alimenticios, rebeldía, cambios de estado de ánimo, o de expresión de vivir un sinsentido de vida.

Al enfrentarse con estas generaciones, muchos psicólogos, psiquiatras, médicos generales y otros trabajadores de la salud han respondido mediante el rápido diagnóstico y sin los estudios pertinentes como TLP, *borderline*, Trastorno Fronterizo, Trastorno de Ansiedad, personas *border*. Consecuente con la catalogación y el diagnóstico, ha venido la medicación, como en su tiempo fue el Ritalin para la hiperactividad, ahora para los *borders*, sumiendo más a muchos adolescentes y jóvenes en un “sin lugar”, “sin sentido”, sin respuestas al contexto, las necesidades, las emociones y la urgencia de acompañamiento, de contención emocional, de futuro. Ello sin hacer referencia a la falta de atención interdisciplinar a la problemática de estas poblaciones.

Existen numerosos trabajos académicos que hacen esfuerzos serios por caracterizar este “trastorno”. El listado exhaustivo de síntomas llega a más de treinta, y el consensado da cuenta de las principales áreas de la existencia humana: emociones, relaciones, sexualidad o conducta, y se anticipa que, si alguien presenta al menos cuatro de estos síntomas, tiene un TLP. El problema es que miles, si no es que millones de niños, adolescentes y jóvenes, comparten muchos de estos síntomas, siendo sujetos arquetípicos de la sociedad actual, pero no necesariamente con TLP.

Nos encontramos con realidades que se entretajan: una juventud y adolescencia caracterizadas por un sinsentido de vida, fieles representaciones de la época actual; un trastorno que ha de ser diagnosticado con hilos muy finos, para no caer en las etiquetas y la medicación innecesarias que conlleve a mayores problemáticas para estas generaciones; a una respuesta insuficiente e inadecuada ante esta realidad por parte de las instituciones,

los gobiernos, las comunidades, estructuras y sociedades. Asimismo, hay un gran porcentaje de adolescencias y juventudes que sí padecen TLP, que son desatendidos, excluidos, catalogados como excéntricos, vándalos o delincuentes, pues es el padecimiento de la época. Como señala Fossa (2009): “En la actualidad el diagnóstico de personalidad limítrofe es de gran relevancia para los profesionales de la salud mental. Los estudios hablan de una prevalencia de alrededor del 5% en población general (Oksenberg, 2008) y es el 30–60% de todos los llamados trastornos de personalidad desde el DSM–5” (p.36).

Aunque desde el siglo XIX se empezó a hablar de personalidades fronterizas, de patologías que no eran ni neurosis ni psicosis, pero compartían rasgos de ambas, fue hasta finales del siglo XX que los casos *border*, y otros que no son pero que pueden llegar a ser, han proliferado y dibujado las estadísticas de la patología de nuestros tiempos.

Para Pérez et al. (2017), la “condición límite” ha despertado un gran interés, quizá porque parece expresar el malestar de nuestro tiempo, la modernidad tardía, del mismo modo en que la histeria expresaba el malestar de la modernidad relacionada con aspectos de represión pulsional. El TLP, con sus características de inestabilidad, difusión de la identidad, desregulaciones emocionales e imprevisibilidad y licuefacción de las fronteras, imprime otro tipo de sufrimiento de la identidad.

El mundo emocional de la patología denominada *border* no puede ser abordado en abstracto, sino comprendido en un espacio, un tiempo y una situación determinada (Barbalet, 1999). Al contrario que en la histeria, el malestar no se da por exceso, sino por debilitamiento de los organizadores (personales y colectivos) de la identidad, de los sistemas simbólicos, los contenedores colectivos que hacían de conectores y la transmisión transgeneracional de la vida psíquica (Barbalet, 1999). Los pacientes límite constituyen del 20% al 30% de los pacientes psiquiátricos, proporción similar a la representada por la histeria en la población psiquiátrica del siglo XIX.

Estamos frente a un trastorno complejo, de difícil demarcación, que demanda esfuerzos serios para un diagnóstico pertinente, y que, por otro lado, ha resultado fácil para muchos profesionales adjudicarlo a jóvenes de la época contemporánea. Para Green (1996), tal como el histérico era

el paciente del tiempo de Freud, el *borderline* es el de nuestro tiempo. El prototipo mítico no es más Edipo, sino Hamlet.

Aunque Stern (citado en Matusevich et al., 2010) fue el primero en hablar de “lo *borderline*” en una publicación psicoanalítica en 1938, no fue sino hasta 1980 que el término fue formalizado como Trastorno Borderline de la Personalidad. Desde su formalización, este padecimiento ha aumentado su número de casos, mientras que su caracterización también ha tenido modificaciones. Como señala McDougall (1994):

Los analizados de hoy día presentan una forma de padecimiento o incluso una estructura psíquica diferente de los estudiados en los primeros cincuenta años de investigación psicoanalítica [...] la naturaleza de los síntomas y el modo en que se vivencia y se expresa el sufrimiento psicológico parece haber cambiado a lo largo de los años (p.206).

Desde un marco más biopsicosocial, Millon (citado en González et al., 2006) describió que la ruptura de las normas sociales era la razón del aumento de prevalencia en la patología límite. Señala la rapidez del cambio social, cómo ha interferido en la transmisión intergeneracional de valores y reducido la importancia de la familia y la comunidad. Las aproximaciones de este autor resuenan con las elaboraciones de varios sociólogos, quienes afirman que la sociedad contemporánea se ha distinguido por los cambios.

Beck (1998) señala un desdibujamiento y una pérdida de vigencia de las tradiciones, las figuras e instancias de autoridad en la sociedad contemporánea. Con las principales instituciones sociales adelgazadas a su mínima expresión, lo cual abre un campo libre al mercado financiero y al consumo, con el consecuente desdibujamiento de las instituciones sociales y normas poco claras, la sociedad actual se caracteriza por “la incertidumbre, la inseguridad, los plazos cortos y el desarraigo [lo cual] se combina con la individualización de los actores, quienes son responsables de configurar sus modos de vida” (p.21). En ese caldo de cultivo es donde se constituyen los sujetos y las subjetividades de la sociedad contemporánea.

Bajo este tenor de inseguridad, incertidumbre y desorientación, Bauman (2003) describe a la sociedad contemporánea como “líquida”,

metáfora que hace referencia a la fluidez, inestabilidad y la falta de estructuras duraderas. Las instituciones, las relaciones y las identidades son volátiles, sujetas a cambios rápidos y constantes. Nos encontramos en tiempos de una sociedad de vida, comida, trabajo y amores rápidos; de relaciones humanas cada vez más transitorias, efímeras y temporales.

Los síntomas del TLP se confunden con aquellos que, producto de la época, presentan muchos adolescentes y jóvenes de manera estructural o coyuntural. Muchas de las clasificaciones del TLP tienen como constantes el abandono, el vacío, las prácticas de riesgo. Muchos adolescentes y jóvenes están inmersos en prácticas de riesgo y podrían caer en diagnósticos de *borderline*. Aunque es importante apuntar que no todos los adolescentes y jóvenes que han abusado del consumo de drogas tienen TLP, ni todas las personas con trastorno alimenticio, ni aquellas con intento de suicidio.

Beck (1998) elabora el concepto de una “sociedad de riesgo” que remite a cómo la producción y distribución de los riesgos globales trascienden las fronteras nacionales. Problemáticas como el cambio climático, los desastres nucleares, las enfermedades pandémicas y la tecnología avanzada, afectan a todas las personas en mayor o menor medida, con independencia de su ubicación geográfica o estatus social. Sin embargo, a pesar de esta democratización de los riesgos, estos se vuelven individuales con un corrimiento en el ámbito identitario. Para Beck (1998), el producto del maridaje entre la globalización y el neoliberalismo impacta no solo a los grandes campos de la vida social, puesto que también influye en la vida cotidiana, la intimidad y la subjetividad.

Es importante señalar, tal y como lo expresa McDougall (1994), que: “en el intento de desarrollar explicaciones teóricas [...] se puede correr el riesgo de sufrir una excesiva simplificación. Incluso factores ajenos a la estructura psíquica personal proporcionan explicaciones parciales para estos síntomas aparentemente nuevos” (p.207). Es el riesgo de no centrarse en la particularidad de la persona, en su contexto e historia de estructuración del aparato psíquico, incluyendo la caracterización de su época. Para Dorr (2020), las características psicológicas propias de este trastorno pueden ser repensadas al considerar las particularidades de nuestro modo de vida actual y las pautas socioculturales de conducta que se promueven.

Paris (1994, citado en González et al., 2006) considera que uno de los factores de riesgo para las personas *borderline* consiste en la desintegración social. Para estos autores, la sociedad actual espera que el sujeto funcione de manera independiente, con lo que se disminuye el apoyo y la contención y se genera un aumento de los comportamientos característicos del límite, tales como las conductas impulsivas, el abuso de sustancias y las conductas parasuicidas. Asimismo, propone lo que denomina un “enfoque multidimensional” y enfatiza la necesidad de tener en cuenta los “riesgos sociales”.

En la sociedad contemporánea se van constituyendo nuevas formas de subjetivización, con una centralidad en el querer, obtener, mantenerse conectados a la virtualidad, donde el consumo produce efectos en la subjetividad, la estructuración psíquica. Estamos hablando de niños, adolescentes y jóvenes con una presencialidad que al mismo tiempo es ausencia. Una época sin represión, con hombres que ejercen figuras paternas pasivas o ausentes y con mujeres solas, “sin ley” y “sin amor”, con esfuerzos infructuosos de asumir dobles papeles en la crianza: el amor y el orden.

Sennet (2000), en resonancia con Bauman (2003), afirma que el distintivo de nuestro tiempo es que nada es a largo plazo. Las coordenadas espacio-temporales se han trastocado a partir de la era de la conectividad y la globalización. No solo la comunicación se vuelve breve y precipitada, sino también la amistad y la comunidad. Algunas de las consecuencias tienen que ver con la fragilización y la vulnerabilidad de los vínculos sociales

Sin nada ni nadie en quien apoyarse, los sujetos tienen una débil seguridad ontológica, ante la cual buscan espacios de autoprotección. Como se ha mencionado, cada vez resulta más difícil tejer lazos de confianza porque el ambiente es de inseguridad, y el tiempo es fugaz. El compromiso, la responsabilidad y la confianza caen en un cierto desuso, y así se define una nueva dimensión relacional. Lo vemos a cada momento en esta vida mediada por la Internet: ocupamos un espacio físico, pero nuestra atención está en nuestra pantalla (James, 2014). Estamos en cuerpo, pero no en alma. Sin nadie a quién recurrir ni nada que nos contenga, a pesar de vivir en la época de mayor conectividad debido a la tecnología, el desafío del *Homo digitalis* es resumido por Turkle (2011) como: *alone together*: juntos, pero solos.

Esto resulta preocupante, pues, tal como afirma Shutz (1973), la interacción del individuo con la comunidad que lo alberga y constituye por medio del lenguaje, posibilita la construcción de flujos de sentido, significados que aluden al paso del sujeto por la vida desde sus diversos ámbitos y mundos de vida. Sin comunidad a la cual regresar, el sujeto de la sociedad contemporánea vive en un verdadero desamparo. Cuando una persona en sus relaciones cotidianas se siente personalmente no perteneciente, o en una situación confusa o embarazosa, se pierde el balance emocional (Goffman, 2006). Hostilidad y asfixia, confusión, *shock*, anomia, son algunas de las consecuencias de esta soledad en la era de mayor conectividad.

McDougall (1994, p.207) habla de que los pacientes de la época actual se quejan de las relaciones amorosas, con la madre y el padre, de su incapacidad para amar, su sensación de profunda insatisfacción en el trabajo o sus ámbitos cotidianos, las relaciones sociales, o la sensación de alienación respecto a la sociedad. Señalan sentirse víctimas, manejadas por hilos invisibles, con estados de ánimo imprecisos, incapaces de nombrarlos, pensarlos, tramitarlos, soportarlos o detenerlos en el pensamiento, donde la depresión y la angustia suelen estar presentes. Muchos estudiosos hablarán de que el sujeto de la sociedad contemporánea es un sujeto sin represión ni ley.

Lo anterior contrasta con la promesa de bienestar de la sociedad contemporánea, que ofrece el acceso a todos los bienes del planeta, mientras que crea más cercos y focos de exclusión, con el falso discurso inclusivo de que “todos caben”. En esta sociedad, el sueño de la libertad y el acceso al consumo, las aparentes oportunidades y el deseo de pertenecer, conllevan la ilusión de que se es poseedor de múltiples posibilidades de elección.

En la vía de los hechos, la gran cantidad de ofertas de felicidad rápida, el espejismo de la conectividad y la vida rápida han ido aparejados del debilitamiento de la reflexividad e interioridad, así como la dificultad para la toma de decisiones y resolución de conflictos. Giddens (1994) afirma: “El consumismo pretende ser la solución de las cualidades de la vida social moderna: atractivo, belleza y popularidad personal– mediante el consumo de bienes y servicios apropiados”. En suma, se puede observar que los sujetos buscan desesperadamente una felicidad dopada, ilusoria y rápida. Siguiendo las elaboraciones de Giddens, “Vivir en el mundo” actual implica tensiones y dificultades específicas.

Como consecuencia, surgen sujetos fragmentados, en apariencia conectados y libres, pero solos y dependientes de los intereses del libre mercado. Giddens vaticinaba este fenómeno en *Un mundo desbocado* (1994), en donde la globalización se manifestaría en las capas más íntimas de la existencia humana. En los años noventa, cuando la mayoría de los autores auguraron dichos impactos en la vincularidad, las subjetividades y la vida cotidiana, parecía muy lejos sus manifestaciones a través de evidencias en las capas más íntimas de la interioridad.

La subjetividad, entendida como aquel sistema complejo y plurideterminado que se afecta por el propio curso de la sociedad y de los sujetos que la constituyen dentro del continuo movimiento de las complejas redes de relaciones que caracterizan el desarrollo social (González et al., 2006), corresponden a aquellas subjetividades que son producto de su tiempo, de una sociedad líquida, de trauma y riesgo. Sujetos sin contención, con patologías propias de su época, que de manera inevitable representan a un gran número de pacientes en la práctica clínica actual.

Fossa (2009) pondera la importancia del desarrollo de las teorías del apego temprano, ya que, a su decir, pudieran ser benéficas para la prevención de los cuadros *borderline* en la edad adulta. Cuidadores sensibles pueden generar confianza básica y apego seguro, lo cual puede prevenir en gran medida el desarrollo de la personalidad *borderline*.

Todo lo anterior demanda a la clínica actual un acercamiento desde la complejidad de casos fronterizos, *border*, patologías de acción, TLP, o como sean nombrados, ya que, cuando se habla de esta problemática, jugamos en una cancha en donde se oscila entre la vida y la muerte; de acuerdo con Freud, Green y Deutsch, entre la psicosis y la neurosis. La imposibilidad de la terceridad se ve también reflejada ahí, por lo que se requieren procesos creativos en la psicoterapia, sea cual sea la escuela de pensamiento, lo cual nos impele a mantener una mirada metapsicológica.

EL CASO ROSARIO. UNA VIDA EN LOS RIESGOS

Rosario tiene treinta y tres años, y el motivo de consulta tiene que ver con haber atentado contra su vida en diversas ocasiones. En un inicio, pensamos que su problema principal eran los intentos de suicidio, pero, poco a poco, nos dimos cuenta de que también podía pasar por adicta a

medicamentos prescritos y al alcohol, o alguien con un problema psicosomático, o bien con trastornos alimenticios o depresión. Concluimos que estas manifestaciones son múltiples formas de accionar frente a un sufrimiento psíquico que le desborda y, según sus palabras, siente que “no puede”. Cuando habla de sus intentos de suicidio, lo asocia con el cansancio, el sentir que nadie la cuida y vivirse desprotegida. Refiere frecuentes padecimientos de salud y dificultades en las relaciones amorosas. Y, aunque “le va bien en el trabajo”, no le es fácil permanecer.

No me quiero morir. Solo estoy cansada

Un día, Rosario llegó cansada y se tomó un frasco y medio de pastillas por la mañana. Tenía dolor en el pecho, estaba mareada y “atarantada”, narra su día de manera difusa. Luego, hizo su día normal, incluso fue al mandado. Ella no dice que se quiere morir, habla de cansancio, saturación, angustia, dolor y tristeza. Está cansada de querer escapar y, al mismo tiempo, de tratar de mantenerse en calma.

Reconoce que se pone en situaciones de riesgo. Algunos episodios que han sido consignados como intentos de suicidio los refiere como una búsqueda de dolor, y, aunque esto dice que es “algo negativo”, le ayuda a darse cuenta de que “está viva”. Rosario también dice que muchas de las cosas que hace las realiza sin pensar, “como que quiere escapar de algo”. Green (1993) refiere que los pacientes *border* “actúan su existencia bajo los auspicios de un malestar que los hace oscilar entre la obligación de sobrevivir y la imposibilidad de enfrentar su ambición de vivir. Entonces, el suicidio o la tentativa de poner fin a sus días están lejos de ser la expresión más consumada del deseo de morir” (p.172).

Buscar la satisfacción en la vida es un impulso siempre presente, un resorte detenido por la mordaza de una amenaza que no se va y que, en cualquier momento, puede girar hacia la destrucción, para que venga luego el freno y la detención “hasta perder toda lucidez sobre su estrategia defensiva” (Green, 1993, p.176). Se está en una permanente hiperreactividad emocional que interfiere con todos los procesamiento del yo; se oscila entre la protección del otro y la búsqueda de ser protegido, entre abrazar y asfixiar al otro, y entre buscar ser acogido y acabar tragado.

El sesgo hacia la negatividad y la ira siempre estarán presentes, dicen Domes et al. (2009), así como una mayor sensibilidad para las emociones que les son perjudiciales. Esta hiperreactividad emocional interfiere con los procesos afectivo-cognitivos, “contribuyendo así al patrón específico de reconocimiento emocional alterado en el TLP” (p.6). Son múltiples salidas de vaciamiento camuflados de alcoholismo, bulimia, adicción al sexo; en sí, personas actuadoras ante la imposibilidad de la simbolización y la tramitación emocional.

La satisfacción afectiva, al invadir el psiquismo, redujo al yo a la condición de espectador. En tal caso, este no puede sino proyectar la imagen de vacío que despeja el terreno ante la invasión de los afectos narcisistas sobre los cuales, por este medio, ya no ejerce ningún poder. En cambio, el dolor, la desesperación, la impotencia y la rabia nacen del mismo efecto: aferrarse a una realidad que se escurre (Green, 1993, p.204).

La insatisfacción afectiva acrecienta la imperiosa necesidad de sentirse vivo. En el caso de Rosario, la accidentabilidad ocupa un lugar importante, sin que adquiera, por fuerza, la categoría de atentado o tentativa suicida. Jugar con la vida y la muerte son la apuesta por el control de uno mismo que se ha perdido, y esto es preferible a sufrir el daño que otros puedan infringirles, ya que no se les puede controlar. La agresión física “deliberada sin intención de muerte”, se señala en el DSM-5 (APA, 2014, p.326), es común en el TLP.

García (2000) encuentra que el corte de las muñecas, las sobredosis de drogas o medicamentos y otras prácticas autodestructivas, así como conductas sexuales “promiscuas o perversas”, son muy comunes. Muchas de estas prácticas son referidas por Rosario, y aunque no les ponga especial énfasis en su narrativa, que pareciera incluso que se han vuelto habituales, se dan desde hace tiempo. Variada puede ser la casuística de este padecimiento, pero habría que pensar cuáles fueron y son los episodios facilitadores de su descompensación y las vulnerabilidades de su caso (Valdez, 2013).

El trastorno limítrofe, fronterizo o *bordeline* es huidizo, se escurre entre actuaciones, imposturas y disimulos que solo quedan evidenciados por la incesante repetición. Las expresiones fluctuantes, oscilantes y que se acomodan de manera camaleónica a lo que van encontrando son los torpes intentos por ganarse una vida con la que no se sabe qué hacer ni

dónde poner. La “disforia irritante” que les caracteriza (Simón et al., 1995, p.26) es una mezcla de pena, tristeza, abatimiento, aflicción y melancolía, junto con irritación, disgusto, fastidio e incluso cólera.

Las personas que en la actualidad han sido diagnosticadas como *bordeline*, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), limítrofe o fronterizo, eran etiquetadas hasta hace algunos años como esquizofrénicas, personalidades prepsicopáticas, temperamentos mixto cicloide–esquizoide, personalidades lábiles, psicosis transitoria, trastornos afectivos, entre otras. En el trabajo de Bateman y Fonagy (1999), este trastorno se caracterizó con personas “que con frecuencia se autolesionaban e intentaban suicidarse, al mismo tiempo que exhibían niveles graves de depresión, sufrían altos niveles de angustia sintomática y demostraban comorbilidad con trastornos afectivos” (p.1568).

Sin embargo, las precisiones todavía están lejos de ser fieles ante quien es maestro del disfraz, que se borra y esconde, un camaleón que cambia de color según dónde y con quién se encuentre; hasta que se va haciendo patente la insuficiencia estructural y una identidad adulta que no se terminó de formar (Kernberg, 1967; 1971). La descompensación repetitiva de una estructura de personalidad estable en su inestabilidad (Kernberg, 1967), es lo que le desenmascara y delata.

La huida. Vicisitudes frente a la angustia

A Rosario, al igual que a un gran número de jóvenes y adolescentes, le ocurrió que en esa etapa se recrudecieron las vivencias de soledad, sin-sentido y vacío, retorno de estados emocionales guardados desde hace mucho tiempo. Rosario tiene 33 años de edad, pero el primer intento de terminar con su vida fue a los 14 años, junto con dejar de bañarse, ponerse su primera borrachera, consumir drogas, y refiere: “Tenía mucha ansiedad y sentía que mis papás no me hacían caso; fue una época de sexo, drogas y alcohol, junto con el intento de suicidio, que ya no sé si fue tal”.

Cuando faltan las representaciones parentales aseguradoras con las que el niño debería identificarse para tranquilizarse en los momentos de desborde afectivo, lo mismo que cuando era pequeño, más tarde buscará fatalmente en el mundo externo alguna solución a su falta de introyección de un ambiente que asuma el quehacer materno (McDougall, 2005, p.244).

Diversos autores (Aguilar et al., 2020; Domes et al., 2009; González et al., 2016; Granier, 2016, entre otros) hablan de impulsividad, *acting out*, actuadores e impostores, así como de patologías de acción, cuando se refieren a los pacientes fronterizos, *border* o con TLP. Lo anterior se relaciona con la dificultad para la reflexividad, para detenerse.

Entre las “muletas” que ha usado Rosario para enfrentar la vida ha sobresalido el consumo de drogas lícitas o ilícitas. Suele explicarse a las adicciones como una puerta de salida, huida, parafraseando a McDougall (2005), para liberarse de estados afectivos de difícil tramitación, pero también como un intento infructuoso por entrar al mundo. La droga deviene como fantasía de un objeto bueno idealizado, un objeto total, una promesa de felicidad y mitigación de la angustia. En sí, ofrece un sentido a la vida que aminora de forma provisional la sensación de vacío.

Desde hace mucho tiempo, la angustia es una invitada asidua en la vida de Rosario, que cuando inició el consumo de pastillas, “nadie se dio cuenta de que tenía días encerrada en mi cuarto”. McDougall (2005) menciona que “estamos pues ante el sustrato de un amplio espectro de trastornos clínicos en que el individuo es impulsado a la ‘acción’, en vez de ser llevado a la actividad y a la contención psíquicas” (p.330). La ruta hacia la acción no compensa el desamparo, solo lo mitiga de manera provisional; la acción solo queda en descarga, no logra tramitación psíquica.

Rosario, como continuidad biográfica, ha mantenido el consumo de pastillas para dormir, y “sigue funcionando” aun cuando cada vez se excede más en las dosis, y la sensación de desamparo aparece más rápido y con mayor intensidad. Según MacDougall (2005), lo mismo pasa con el objeto adictivo: “una vez descubierto el objeto o el acto adictivo, se siente la necesidad imperiosa de recurrir a ellos de inmediato para atenuar provisionalmente las experiencias afectivas desbordantes” (p.242).

A falta de un modelo psíquico sólido de la propia existencia en relación con otros, sobrevendrá el sentimiento de la peligrosa insuficiencia de la “seguridad” interna. Si el modelo no contiene todo lo experimentado, el individuo vivirá su existencia como un fenómeno avasallador, preñado del peligro de quedar sumergido en él y perder la identidad. Fuera de sí, se busca la seguridad. Difícil enfrentar la sensación de desvalimiento, desamparo y vulnerabilidad, pues dentro de sí no hay capacidad de tramitación simbólica frente las vicisitudes de la vida.

No existe conciencia de enojo, miedo o angustia, por lo que carecen de una representación psíquica que identifique, ubique y les nombre, siendo la fluctuación y el corrimiento emocional incontinente la única salida a la tensión y el desahogo. La adquisición del lenguaje, y otras capacidades simbólicas, permiten al niño desarrollar una red creciente de representaciones internas y liberarse de su dependencia desvalida respecto del ambiente y sus objetos importantes. De este modo, está en condiciones de hacer frente a la frustración y la excitación a través de la mediación simbólica (McDougall, 2012, pp. 333–334).

Otra forma en que es nombrado lo *border* es como una *patología de acción*. Al tratar de dar cuenta de la estructura que está en el sustrato de todos los “trastornos de la acción”, incluidos los “actos” psicosomáticos, estamos en el terreno de los fenómenos transicionales y la tentativa de hacer que ciertos objetos sustitutivos del mundo externo cumplan el cometido de los simbólicos, que están ausentes o han sido dañados en el mundo psíquico interno; tentativa condenada al fracaso. “La víctima de esta clase de falta incurrirá en interminables repeticiones y apegos adictivos a los objetos del mundo exterior”, asevera McDougall (2012, p.334). El tránsito al acto se da de manera intermitente; se busca al otro y a las cosas a manera de asideros; la falla en el procesamiento emocional hace necesario derivarle al plano conductual.

Como en el caso de Rosario, las manifestaciones conductuales de una estructura que se encuentra en “el borde”, “al borde”, revelan una impulsividad difícil de contener que puede verse hacia los demás o hacia sí misma. En este escenario, la ansiedad tiene un importante papel, y el desahogo, que se torna indispensable, es egosintónico. Cuando Rosario presentó ciertas dificultades para dormir, se tomó “unas pastillas”, perdiendo de vista la cantidad que ingirió.

Actuaciones como esta se craquelan en forma de hábitos que impelen, en algunos casos, consumos alimenticios y de bebidas de una manera sub-meditada, pues se toma lo que está a disposición, por lo que es muy frecuente el tránsito por el resbaladizo terreno del consumo pertinaz que liga a un adictivo. Las necesidades de gratificación son altas y el umbral de tolerancia a la frustración es bajo. Si no se encuentra su satisfacción, advierte García (2000), aparecen intensos sentimientos que condicionan demandas por igual intensas al objeto. “La discrepancia entre lo que se

necesita y la inevitable frustración comportan un aumento de la vulnerabilidad” (García, 2000, s/p)

Un cuerpo que habla. La descarga defensiva

Rosario suele hablar de cosas y eventos que le dolieron mucho en el pasado, o bien que le lastiman en el presente; pero los narra como autómatas, sin que vayan acompañados de expresiones afectivas, como si se hablara de otra persona, con “aplanamiento afectivo”. El deterioro del reconocimiento de las emociones y la no correspondencia con las expresiones faciales, el uso de un lenguaje “empobrecido”, y lo que algunos autores denominan “pensamiento operativo”, “suelen ser características de una persona border [...] llama la atención la falta de todo afecto y la impresión de un desapego inusual” (McDougall, 2012, p.323).

Es como una necesidad de “sacar”, a como dé lugar y con el costo que sea, el malestar, la angustia como amenaza de aniquilación. Asimismo, Rosario se expresa a través de su cuerpo. En las primeras sesiones, a manera de carta de presentación, menciona sus múltiples enfermedades crónicas y la búsqueda constante de medicinas y terapias alternativas para el malestar psíquico.

Cuando se es incapaz de crear dentro de sí imágenes protectoras para enfrentar el dolor, la persona se vive como una isla solitaria. Ante esto, una salida consiste en convertirse “en roca”. “Así es como muchos pacientes psicósomáticos siguen en su inconmovible cuerda floja, haciendo caso omiso de los signos de su cuerpo y de las señales de aflicción de su mente (McDougall, 2012, p.359).

Rosario relata padecer diversas enfermedades físicas, por lo que toma muchos medicamentos, como pastillas para dormir porque “sufre de insomnio”, flores de Bach, y asiste a sesiones de meditación. Dice que su vida transcurre a través del cuerpo. Para Green (1996), “las reacciones somáticas (o psicósomáticas) y pasajes al acto tienen la misma función: una descarga defensiva frente a la realidad psíquica” (p.111). Rosario se nombra como alguien que siempre busca salidas y alternativas para “sentirse bien”. Al igual que el pasaje al acto tiene que ver con autodestrucción, también con cambios de trabajo, pareja, padecimientos físicos, o búsqueda de alternativas terapéuticas, médicas y de salud mental.

La actuación es el genuino modelo anímico en estos casos, ya sea que se dirija hacia adentro, con producción de síntomas psicósomáticos, o hacia afuera, por vía de pasaje al acto. La actuación no se circunscribe a acciones; fantasías, sueños y palabras tornan la función de la acción. La actuación llena el espacio y no permite la suspensión de la experiencia (Green, 1996, p.118).

Para algunos autores, las construcciones psicósomáticas estarán más puestas en el campo de lo psicótico, pero muchos pacientes *border*, como Rosario, presentan síntomas de adicción, trastornos alimenticios, psicósomáticos e intento de suicidio. Para McDougall (2012), “las creaciones somáticas son la antítesis de las manifestaciones neuróticas o psicóticas. Más aún, suele ocurrir que la enfermedad psicósomática (por oposición a la psicológica) se declare cuando éstas ya no funcionan” (p.305).

El yo se aparta de la realidad externa y busca hacerlo también de la realidad psíquica, pero la empobrece más. De lo que se trata es de no sentir, evacuar la angustia, buscar una salida de aquello que no se puede representar, ni mucho menos tramitar. “En lugar de apelar a algún manejo del afecto perturbador o del saber o las fantasías no vistos de buen grado, el yo destruirá por entero las representaciones o sentimientos en cuestión, de manera que éstos no son registrados” (McDougall, 2012, p.320). El dolor psíquico no cesa, la satisfacción es momentánea; entonces, busca una y otra vez, va y va al acto. El vacío, la confusión, la nada, crecen porque ahí se construye la existencia.

Sin contención emocional. Sin escudo protector

Rosario refiere en múltiples ocasiones una gran dificultad en la relación con su mamá, entre conflictos frecuentes y una fuerte dependencia de ella. Menciona que siempre tuvo la sensación de que era adoptada: “solo así me explico el desamor de mi madre”, y agrega que el único cariño que recuerda es el de su abuelo, que ya murió, sobre el cual menciona: “incluso, se me ha aparecido”.

Rosario habla de su madre como alguien muy trabajadora, y siempre lo hace comparándose con ella en situación de inferioridad, alguien a quien es difícil “llegarle”. Dice que no le da su lugar a su papá, y que siempre ha sido estricta con ellos y muy fría. Comenta que nunca la cuidó y la dejó

sola. Para ella, el poder siempre lo ha ostentado su mamá: “he tenido que defender a mi papá y protegerlo”. Rosario no pudo separarse de su madre, quien no le facilitó la construcción de su propio deseo.

Ya sea por estar demasiado próxima al bebé o muy lejana, la madre no desempeña la función de protegerlo contra el torrente de estímulos a que está expuesto, y no puede dotar de sentido a sus comunicaciones no verbales. Se corre entonces el grave riesgo de que se deteriore la capacidad del niño para conferir rudimentos de sentido a lo que vivencia (McDougall, 2012, p.330).

La madre le dio un vínculo inseguro, ambiguo, no le abrió la posibilidad de la relación clara con el padre, con lo masculino; no pudo identificarse ni diferenciarse. El padre tampoco ayudó mucho, ya que no ejerció su papel de “ley” ni fungió como cuña, como presencia segura para la separación con la madre, para detener la violencia y la ambigüedad. Rosario no se sintió en territorio seguro, no sintió la presencia de figuras de autoridad que la pudieran proteger.

La presencia o la ausencia excesiva de las figuras parentales produce una afección en la terceridad, que conlleva una dificultad para diferenciarse, sin dejar cabida para el “otro”, en la polaridad entre amor y odio. Como hemos mencionado, “el yo se sacrifica en la escisión para tolerar la angustia. En este caso, la escisión desemboca en la polaridad pérdida-intrusión” (Green, 1996, p.110). Difícil para la persona *border* aceptar que los demás, y él mismo, “es bueno y también es malo”. Una escisión que se produjo a temprana edad, e imprime un sello determinante en la configuración psíquica.

Rosario habla de que un tío intentó abusar sexualmente de ella, y sus padres no hicieron nada, ya que no le creyeron, y que siempre se ha sentido desprotegida. Alude que el día de hoy maltrata al tío agresor, lo cual es una forma de defensa adulta que ya no sana la herida. Repite en varias ocasiones que está enojada con sus padres porque “la dejaron sola desde muy chica”, que a veces la dejaban encerrada, y así paso lo del tío. Rosario nombra de diversas maneras su soledad, su vacío y su sinsentido.

En concordancia con McDougall (2012), no se alcanzó una estructuración psíquica viable para la existencia, que otorgue un lugar en el orden de las relaciones humanas. Agrega que, sobre la base de este temprano

modelo de la Otredad, es donde se debió edificar un esquema para dotar de sentido las relaciones en sí, para simbolizar.

En muchos casos de pacientes *border*, la propia angustia de la madre le impidió cumplir su papel de protección y reconocimiento de las necesidades del hijo. Así lo menciona McDougall (1996): “hay un riesgo de fragilidad en la estructura psíquica con la que el bebé habrá de enfrentarse a los traumas universales de la vida psíquica humana: el descubrimiento de la alteridad, la diferencia entre los sexos y el carácter ineludible de la muerte” (p.216).

André Green (1993) recapitula su experiencia clínica con tres pacientes *border*, y afirma que todos tienen una fuerte dependencia hacia la madre y que, a pesar de los muchos intentos de “abandonar el hogar paterno no había una renuncia al objeto originario”. Es decir, aunque lograran la separación física, lo difícil seguía siendo la identificación fundamental con una “madre cariñosa”, y agregó: protectora, cuidadora, presente, aunque esté ausente. MacDougall (2005) nos habla de un escudo protector:

Existe el peligro potencial de que el niño no pueda llegar a constituir en su mundo interno la representación de una instancia materna (y más tarde paterna), cuidadora, con capacidad para contener y manejar sus estados de sufrimiento psíquico. Le faltará entonces la capacidad de identificarse con esa representación interna y también de aliviar por sí mismo sus estados de tensión psíquica (p.243).

Igual pasa con Rosario, quien reivindica que siempre ha salido adelante sola, que busca constantemente cosas para sentirse bien y no se le dificulta encontrar trabajo; pero, siempre con la añoranza de que su mamá le reconociera “algo bueno”, pues, reitera, “nunca la tengo contenta”. Al respecto, prosigue André Green (1993):

Todos ellos cargaban sobre sus hombros un ideal del yo excesivo, imposible de alcanzar: los tres cumplían sus obligaciones profesionales con celo indeclinable, y cualquiera fuese el golpe que la vida les infligiese, no se amilanaban, como si les estuviera vedado sentir dolor emocional o cicatrizar de algún modo sus heridas psíquicas. Llevó muchos años

de análisis conseguir que las lágrimas no derramadas acudieran a la superficie, junto con el deseo de ser reconfortado y cuidado (pp. 351–352).

Frente a este tema de “la desprotección”, Rosario menciona que se siente insegura cuando se queda sola o encerrada, y pone de ejemplo que, cuando oye a los *dealers* afuera de su casa, dice sentirse protegida. A manera de metáfora, es como si, con la presencia de ellos, quedara asegurada su dosis de medicina frente a los ataques de angustia, vacío y soledad. Vive en la búsqueda permanente del otro protector, de una ley que imparta justicia, siempre en el exterior. Así lo dice: “me siento más protegida afuera que adentro”. Añora ser cuidada, pero nadie parece ser lo bastante bueno para hacerlo.

La frustración, como es sabido, es necesaria en la vida; es una herramienta para sortear las vicisitudes y los contratiempos inherentes, lo que resulta difícil de conseguir cuando se activan mecanismos proyectivos que colocan al Otro en un objeto omnipotente; como es el caso de la madre de Rosario, a quien le atribuye atributos desde una mirada pueril. Sin embargo, esta *imago* construida a partir de resquicios regresivos otorga cierta estabilidad en la inestable creencia de que se podrá lograr la satisfacción a necesidades primarias, y que detiene el acceso a una necesaria frustración estructurante, tan característica del TLP, al decir de García (2000).

Rosario ha instalado un negocio de venta de ropa, un *spa*, y ha vendido múltiples cosas; todo el tiempo está estudiando algo, y siempre acude a algún tipo de terapia. Ella se reconoce como alguien muy activa y trabajadora, “pero nunca como mi mamá”. Se vive sobreexigida, al igual que siente que nadie “le da el ancho”; sin embargo, vive con la sensación de que no logra “dar el ancho”, que nunca es suficiente. La destinataria última de esta insuficiencia siempre es la madre, camuflada en distintos personajes, quien no la desea; una madre narcisista, “ausente”, que solo se hace presente para recordarle a la hija su infelicidad e incapacidad para hacerla feliz. Es una vida sin internalización de un objeto amoroso.

En búsqueda del objeto amoroso: entre la idealidad que cobija y la repetición

En la vida de Rosario se repiten los eventos en que se siente desprotegida. En distintas ocasiones, vuelve a mencionar que los papás no hicieron nada ante el intento de violación del tío. Al mismo tiempo, busca las más pequeñas muestras de afecto como modos de agarrarse a la vida, como tablas de salvación. Por ejemplo, demanda que su pareja la abrace cuando duerme, pero al mismo tiempo vive con una especial susceptibilidad de ser afectada por las actuaciones o no actuaciones del otro, por el mundo en general; es como si siempre le doliera algo o lo que hace alguien: “Me cuesta mucho trabajo confiar”.

Rosario refiere tener una relación de pareja, con quien por cierto vive. Menciona que la vida sexual no es satisfactoria, que él no trabaja, se separan y luego vuelven. Dice que con él no se siente protegida, “no como ella necesita”. Cuando tiene algún conflicto con la pareja en turno, suele tener encuentros sexuales con otros, algunos satisfactorios y otros no: “incluso he andado con casados”.

Green (1993) habla de que, en los pacientes fronterizos, en las elecciones de objeto amoroso, el sujeto se “ve brutalmente expuesto a movimientos afectivos frecuentemente cataclísmicos” (p.194). Rosario menciona que siempre le pasa lo mismo, que al principio siente que la tratan bien, la cuidan, pero tarde o temprano se siente invadida y la relación “truenan y viene el sufrimiento”; oscila entre ausencia, anhelo e intrusión. Green (1993) advierte sobre el tema de ser objeto de deseo del otro: “El hecho de hacerse objeto del deseo del otro, que es la finalidad más corriente de las relaciones habituales, pasa a ser el peligro capital [...] el temor a una catástrofe destructiva irreversible, mutuamente perjudicial para el objeto y para el yo debido a su confusión en lo que llamaré el trauma de su encuentro” (p.189).

La genitalidad viene a jugar el doble papel de buscar el anhelo protector y devenir síntoma para palear el sufrimiento psíquico. Para McDougall (2012), “las relaciones sexuales corren el riesgo de volverse pragmáticas y compulsivas, y la experiencia padece a raíz de su empobrecimiento imaginativo” (p.343). “Se trata de una sexualidad a la que no le falta la genitalidad, pero que parece no poder expresarse más que sobre objetos

indiferentes, coyunturales, no significativos; o, si lo son, y de una manera que impone a la satisfacción buscada un carácter de necesidad urgente” (Green, 1993, p.197).

En el conjunto de los casos *border*, una constante es que la relación con el otro significativo termina colocada en la conflictividad del anhelo, la desconfianza, la amenaza; en sí, la crónica de un fin anunciado envuelto en idealización; una y otra vez, la vuelta al sufrimiento narcisista y la autorreferencialidad. Se añora la proximidad e intimidad, y al mismo tiempo se le teme, se aleja. Así lo refiere Green (1993):

No es raro que la relación así establecida vire al fracaso y al abandono. Porque, por calmante que pueda ser la condición de ser amado —por más plenamente satisfactoria que sea su realización—, lo cierto es que no dejará de inducir al sujeto a replegarse hacia los retiros más disimulados de su ser, temiendo exponerse, escapando a la vulnerabilidad (p.213).

Se oscila entre una sumisión total en la lucha de conseguir que el sujeto envista lo que en el imaginario es el amor idealizado de los primeros tiempos, pero el miedo al rechazo, a la pérdida, reviven el enojo, el duelo, la devaloración, la intolerancia a la frustración; el sujeto evita la proximidad, huye, se boicotea. Marca de manera inevitable el fracaso de la relación con el otro. Según Green (1993), se trata del paroxismo de un amor genital, donde de modo paradójico, se busca al mismo tiempo la idealidad del amor que cobija, y, por otra parte, se elige justo a quien encarna las carencias infantiles.

En el fondo, son estructuras rígidas, con grandes murallas de protección que se actualizan con frecuencia, que cubren el papel de una desorganización psíquica asechada por los miedos y la sensación de exclusión (ruptura con la relación con el objeto primario y la dificultad con el vínculo entre los padres).

La satisfacción de lo no satisfecho de Rosario, que anida en un profundo sentimiento de abandono, permea el ejercicio de su sexualidad, donde alcanzar lo tangible y material se concretiza en su propio cuerpo y el del otro, al que llama “su pareja” o sus “otros novios”. La falta de límites y el riesgo de una sexualidad escasa o nulamente diferenciada denota la

euforia con que se disfraza la infelicidad, el falso gozo o la *disforia borderline* que señala Schmideberg (1959).

Rosario dice que una de sus mayores cargas es que se siente responsable de todo y de todos, del mundo, de la felicidad de su mamá y la de su pareja. Se nombra como alguien comprometida con la justicia, con defender a los otros frente a situaciones injustas, y, cuando dice esto, lo menciona con enojo. No hubo justicia para ella, pero, como no puede procurar justicia para sí, ve a los demás indefensos como ella, y quiere protegerlos tal como quisiera que la protegieran a ella; sin embargo, el enojo sigue presente. Ella es víctima y también victimaria. Es la paradoja masoquista: pagando siempre precios altos por sentir que “no es suficiente”. Todo lo anterior, para seguir haciendo conjuros contra la angustia que aniquila a un yo que desde hace mucho se encuentra en jirones.

La psicoterapia tiene diversas tareas, y una de las prioritarias es el favorecimiento de la relación del paciente con sus producciones psíquicas, de la índole que sea y de donde provengan: “interroga a la trama del consultante, cómo llegó a ser y cómo se construyó, se percata de lo que está y se asombra por ello, averigua cuál historia está cobrando vida y cómo; cuál es la subyacente, la adjunta y la no narrada” (Cervantes-Rodríguez, 2016, p.349).

El reto y las posibilidades en la comprensión del *border* implican el reconocimiento de los sentidos y significados que entraña una relación terapéutica plagada de expresiones y manifestaciones deshilvanadas, que esconden y disfrazan demandas y rencores, pero también ansias y anhelos; siempre en la búsqueda de una vida mejor, aunque la mayoría de las veces parezca lo contrario. El psicoterapeuta habrá de sortear las proyecciones de amor-odio, la dependencia y aversión que, de manera resbalosa se alternan con el fin de orientar el análisis y la reflexión; centro y núcleo de todo proceso en psicoterapia.

CONCLUSIONES

En un mundo de contingencias en el que se han debilitado los lazos sociales e intergeneracionales y se ha instalado una temporalidad presentista movilizadora por el afán de consumir objetos que el mercado ofrece como promesa de felicidad, el trastorno limítrofe puede verse como una

expresión del malestar que sufre la subjetividad en estas dinámicas contemporáneas.

La falta de contención emocional y de límites claros por parte de las instituciones sociales y las figuras de autoridad es reproductora de vulnerabilidades sociales y personalidades limítrofes con distintos niveles de expresión y patología. En este contexto, la problemática que subyace en las personas *border* aprovecha estos resquicios para emerger; una identidad volátil, siempre cambiante y eternamente insatisfecha, referentes que hicieron y hacen daño, que fueron ambiguos y confusos, que no lograron evitar la rotura y la fragmentación de la dinámica vincular.

Una sociedad de consumo, de riesgo, donde la pertenencia se mide por la capacidad de goce y, al mismo tiempo, en donde las exigencias de estándares de vida van en aumento cada día, es un caldo de cultivo de subjetividades vulneradas que habitan en las fronteras, los bordes, y que pelean día a día por no caer en “el vacío”.

Tal es el caso de Rosario, quien expresó de muchas maneras su excesiva dificultad para tolerar la ausencia y el rechazo del otro, y, de modo paradójico, también su extrema cercanía. De ahí que algunas de las palabras que enmarcan lo limítrofe refieran tanto el vacío, la ausencia, la escisión, la fractura, la soledad y el desamparo, y, al mismo tiempo, el desbordamiento, la intensidad, la falta de contención, la saturación y el alejamiento de lo que invade y avasalla; una oscilación que no sacia ni llena el hueco, una vulnerabilidad del yo y el sacrificio de este.

Hablar de Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP) o de *border* parece ser una peligrosa “arma” cuando se adjudica a la ligera a adolescentes y jóvenes, o cuando se ofrece este diagnóstico con escasa ética y poco profesionalismo. En esta etapa del desarrollo, resultaría sospechoso que muchos adolescentes no presentaran algunas de las expresiones que se relacionan con lo *border*. Considerar las diversas manifestaciones de esta etapa del desarrollo es indispensable para no patologizar lo que le es característico, y, al mismo tiempo, no desatenderlas cuando van al alza, se agravan o expresan de una forma patológica.

El padecimiento de Rosario nos ha dejado ver un patrón de respuestas caracterizado por su inconsistencia, una repetición de oscilaciones afectivo-relacionales que hacen difícil su aprehensión, a las que solo el transcurrir del tiempo pueden delatar. Ella no es una “suicida”, expresa

tanto un cansancio de vivir una vida que, en sus palabras “no vale la pena”, como sus enormes esfuerzos por sobrevivir. Nos mostró su gran necesidad de compañía y, de igual manera, cómo el encuentro le fue pernicioso y todavía le daña. En concordancia con Noemí Lustgarten, Rosario es un grito no escuchado, no atendido, que se pierde en el infinito.

Así, afirmamos que las prácticas adictivas, las conductas perversas, aquellas autodestructivas, el trastorno alimenticio y otras, han sido los esfuerzos de Rosario por palear un poco un sufrimiento que vive como imposible de tramitar. Freud (1992) hablaba de una frontera entre la sanidad y la insania, una demarcación porosa en donde transitan contenidos que dan vida, pero también la quitan.

Es el temor a que el “núcleo psicótico”, esa “predisposición psicótica”, gane terreno; que la angustia invada y se regrese a esa sensación de aniquilamiento total. Ella necesita estar siempre agarrada de algo, y cuando se alteran las situaciones, las personas y las cosas que en apariencia le brindan seguridad, se asusta “como cuando era niña”. Rosario no ha logrado sentirse protegida adentro ni en el exterior; el mundo de afuera la amenaza y el mundo psíquico también la amaga.

La terapéutica del trastorno limítrofe sigue caminando a tropiezos, en particular cuando trata de delinear los mil y un mecanismos de defensa utilizados, que han sido desbordados porque ya no defienden nada, pues se han llevado al yo junto con la descarga. Sin embargo, los intentos han de descansar, como en el caso de Rosario, en buscar mayores comprensiones de su sufrimiento, de la seguridad que ha buscado desde hace tiempo cuando fue abusada sexualmente, y que todavía no encuentra; de lo que nos quiso decir y apenas alcanzó a balbucear.

Uno de los mayores riesgos de la psicoterapéutica es buscar la certeza diagnóstica y conceptual, descuidando a la persona *border*, a sus dolencias y su aflicción. Que el encuentro con su actuación, manipulación, histrionismo, sus conductas de riesgo, la constante amenaza de muerte y daño, y el temor de un brote psicótico de intensa ira, entre otras dificultades, lleven al terapeuta a infringir un nuevo abandono que deje sin asideros a personas como Rosario; un desamparo que confirme que se está solo en el mundo y contra el mundo.

La psicoterapia ha de brindar atención a muchas “Rosarios” que deambulan cercanas a lo “normal”, pero que manifiestan, de muchas formas, que

necesitan ayuda, quien los escuche, y el psicoterapeuta es, por definición, un acompañante y un profesional de la escucha.

En una sociedad de consumo y riesgo, en donde la pertenencia se mide por la capacidad de goce y, al mismo tiempo, donde las exigencias de estándares de vida van en aumento, es un caldo de cultivo de subjetividades vulneradas que habitan en las fronteras, los bordes, y pelean día a día por no caer en “el vacío”.

REFERENCIAS

- Aguilar, C., Marín Bolívar, M., y Arévalo Becerra, M. (2020). Caracterización clínica del trastorno límite de la personalidad. *Poliantea*, 16(26).
- Akiskal, H.S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(379), 32–37.
- Allen, J., y Fonagy, P. (1994). *El desarrollo de la mentalización y su rol en la psicopatología y psicoterapia*. Departamento de Investigación, Clínica Menninger.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM–5). 5a Ed. Editorial Médica Panamericana.
- Ávila–Espada, A. (2020). La psicoterapia y el cambio psíquico, entre las evidencias basadas en la práctica, y la práctica basada en las evidencias. Una reflexión relacional sobre la psicoterapia en el siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29–52.
- Barbalet, J.M. (1999). Boredom and social meaning. *British Journal of Sociology*, 50(4), 631–646.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (octubre de 1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1485–1666.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. FCE (Argentina).
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Belloch, A. (2002). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), pp. 295–311.

- Camarena Robles, E., y Herrera Huerta, C. (2023). Trastorno límite de la personalidad: guías para su manejo farmacológico. En C. Herrera Huerta, E. Camarena Robles, Roque Soto, y J. Aldrete Velasco (Eds.), *Temas selectos en neurociencias y psiquiatría* (pp. 145–156). Paracelsus.
- Cervantes–Rodríguez, S. (2016). Las vicisitudes del alma. El principio de relación en psicoterapia. En T. Zohn, E. Gómez, y R. Enríquez (Coords.), *Psicoterapia y problemas actuales*. Debates y Alternativas.
- Cisneros Boscán, J.G., y Carvajal Castrillón, J. (2020). Rehabilitación neuropsicológica en un caso de trastorno límite de la personalidad. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 15(1), 12–17.
- Cosentino, S., Arias, E., y Pérez Testor, C. (2017). El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis: la evolución teórica de los orígenes de la mentalización. *Temas de Psicoanálisis*, (14), 1–33.
- Daurella, N. (2018). Transferencia y contratransferencia desde la perspectiva del psicoanálisis relacional: a la búsqueda de la responsividad óptima. *Aperturas Psicoanalíticas*, (59). 1–21.
- Deutsch, H. (1968). Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, 25(2), 413–431.
- Domes, G., Schulze, L., y Herpetz, S. (febrero de 2009). Emotion recognition in Borderline Personality Disorder—A review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>
- Dorr, A. (2020). Propuesta de manejo terapéutico para el trastorno de personalidad limítrofe a partir de la teoría de Ricoeur sobre la narrativa y la búsqueda del sí mismo. *Mente y Cultura*, 1(2), 89–95.
- Font Domenech, E. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197–212.
- Fossa Arcila, P. (2009). Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1(1), 1–104.
- Freud, S. (1992). *Obras Completas (1923–25)* (vol. 19, 4a reimp.). Amorrortu.
- García, B.E. (2000). Control de emociones e impulsos en las personalidades borderline. *Revista de Psicoanálisis*, (6).
- Giddens, A. (1994). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Taurus.

- González Vives, S., Díaz Marsá, M., Fuentenebro, F., López Ibor Aliño, J.J., y Carrasco, J.L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), pp. 336–343.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Granier, E. (2016). Do our borderline adolescents of today descend from young people “As if” personality from Hélène Deutsch? *L'Information Psychiatrique*, 92(2), 117–120.
- Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu.
- Green, A. (1996). *De locuras privadas*. Amorrortu.
- Grosjean, B., y Tsai, G.E. (2007). NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci.*, 32(2), 103–115.
- Helle, A.C., Watts, A.L., Trull, T.J., y Sher, K.J. (2019). Alcohol use disorder and antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.05.
- Helmich, N., Daiana, G., Santoro, M., y Etchevers, M. (2018). Revisión de trastorno límite de la personalidad y alianza terapéutica. *Revista Digital de la Facultad de Psicología (UBA)*, 26, 13–19.
- James, C. (2014). *Disconnected: Youth, new media, and the ethics gap*. MIT Press.
- Kaztman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, (71), 171–189.
- Kernberg O.F. (1967). Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 15(3), 641–685.
- Kernberg O.F. (1971). Prognostic considerations regarding borderline personality organization. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 19(4), 595–635.
- Kernberg, O.F. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós.
- Kernberg, O.F. (1984). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. Manual Moderno.
- Linares, J.L., y Soriano, J.A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 118–145.
- Linehan, M. (2003). *Manual para el tratamiento de los trastornos borderline*. Paidós.

- Macías Gil, M., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. (2022). Does psychological therapy improve the mental health of people with borderline personality disorder and substance abuse disorder? *Revista de Investigación en Psicología Social*, 8(1).
- Maddonni, P., Ferreyra, M., y Aizencang, N. (octubre 10 de 2019). Dando vueltas por el mundo de los afectos y emociones. *Revista Deceducando* (edición digital), (6).
- Matusevich, D., Ruíz, M., y Vairo, M.C. (2010). La evolución del diagnóstico Borderline: pasado, presente y futuro. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.*, 21(91), 274-285.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Julián Yébenes.
- McDougall, J. (2005). *Las mil y una cara de Eros. La sexualidad humana en busca de soluciones*. Paidós.
- McDougall, J. (2012). *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós.
- Newton-Howes, G., Cunningham, R., y Atkinson, J. (2021). Personality disorder prevalence and correlates in a whole of nation dataset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(4), 679-685.
- Pacheco, C. (2018). Propuesta fenomenológica hermenéutica para el abordaje del trastorno límite de personalidad. Un abordaje desde los planteamientos teóricos de Heidegger, Gadamer, Langer, Ricoeur, Merleau-Ponty y Arciero. *Revista Psicoterapia*, 29(111), 145-166.
- Pérez, C., Arias, E., y Cosentino, S. (2017). El Trastorno Límite de Personalidad en Psicoanálisis: la evolución teórica de los orígenes a la mentalización. *Temas de Psicoanálisis*, (14), 1-33.
- Salvatierra-Aguilar, D.V., y Montes-Iturrizaga, I. (2021). Dominios de la función ejecutiva alterados en el trastorno límite de la personalidad: una revisión de la literatura. *Revista Médica Vallejiana*, 10(2), 79-92.
- Schmideberg, M. (1959), The borderline patient. En S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (pp. 398-416, vol. 1). Basic Books.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter: las consecuencias personales del nuevo capitalismo*. Anagrama.
- Shutz, A. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu.
- Simón L.M., Fernández, M., Ruiz, I., Del Brio A.A., y Fernández, J. (1995). Trastorno "Bordeline" de la personalidad: diagnóstico, comorbilidad

- y evolución. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *An. Psiquiatria*, 2(4), 134–139.
- Stern, D. (1938). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.
- Turkle, S. (2011). *Alone together: why we expect more from technology and less from each other?* Basic Books.
- Valdez, L.A. (2013). Cortes autolesivos en una paciente con Trastorno Límite de la Personalidad. Estudio de un caso. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación. IX Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires.